

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

352

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Nisel ABRAMOVICI

Né le 7 Février 1905 en Roumanie à Razboeni

Considérations relatives à l'influence
de quelques maladies
et de certains états physiologiques
sur les lésions bucco-dentaires

Président : Monsieur L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° _____

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Nisel ABRAMOVICI

Né le 7 Février 1905 en Roumanie à Razboeni

Considérations relatives à l'influence
de quelques maladies
et de certains états physiologiques
sur les lésions bucco-dentaires

Président : Monsieur L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

Doyen.....	BALTHAZARD.
I. — Professeurs.....	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	GRÉGOIRE
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale ..	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	CARNOT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
	DEL BET
Clinique chirurgicale	CUNÉO
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	LÉON BERNARD
Clinique de la Tuberculose	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE
	MULON

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâ-	CATHALA.....	Pathologie médicale.
	trie.	CHABROL.....	Pathologie médicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.	CHAILLEY-	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	BERT.	Physiologie.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale	CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	DOGNON.....	Physique.
BUSQUET.....	Pharmacologie.	DONZELOT....	Pathologie médicale.
TADENAT.....	Pathologie chirurgicale		

MM.	
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologi.
GASTINEL....	Bactériologie.
GATELLIER....	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HAZARD.....	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON....	Hygiène.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MILLOT.....	Histologie.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
OBERLING...	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, FILS	Physiologie.
SANNIE.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
LEROUX.....	Anatomie pathologique

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER...	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU....	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans Chaire.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique. Puericulture.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT, Agrégé.....	
LEDoux-LEBARD.....	
WEILL-HALLE.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152020_0055

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont bien voulu consentir pour moi depuis de longues années.

A leur exemple de travail et de dévouement, je dois le meilleur de moi-même.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef
des Services d'Hygiène de la Préfecture de Police
Conseiller technique sanitaire
du Ministère de la Santé Publique
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant de présider
cette thèse.

A MES MAÎTRES LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Un grand nombre de maladies ou même d'états physiologiques ont un retentissement sur les organes bucco-dentaires et se traduisent par des lésions variées. Tantôt il s'agit de caries dentaires multiples, évoluant avec rapidité à la suite d'une pyrexie, tantôt ce sont des lésions inflammatoires de la muqueuse buccale qui au cours d'une infection générale attirent l'attention des cliniciens ; tantôt enfin la maladie ou la diathèse se manifeste par des lésions primitives de l'articulation alveolo-dentaire, lésions que l'on a coutume de désigner sous le nom de polyarthrite chronique alveolo-dentaire.

En ce qui concerne les polycaries dentaires, l'on admet aujourd'hui qu'elles sont conditionnées par la déminéralisation générale de l'organisme, qui entraîne la décalcification plus ou moins profonde des dents. Or, depuis longtemps déjà, les travaux de Ialippe ont démontré que ce qui constitue la principale sauvegarde des dents contre la carie, leur coefficient de résistance, c'est leur richesse plus ou moins grande en sels de chaux.

Il résulte de ce fait que tout état physiologique, toute maladie qui entraîne une décalcification notable, prédisposera à la carie dentaire.

Le mécanisme de l'éclosion des stomatites est également bien connu. Il n'est pas de milieu où la flore microbienne soit aussi abondante et aussi variée que dans la cavité buccale ; mais à l'état normal il s'établit une sorte d'équilibre entre les éléments d'attaque et les réactions de défense. La nocivité des multiples micro-organismes qui ont pour habitat la cavité buccale, et qui y trouvent d'excellentes conditions de développement (humidité, chaleur optima et constante, recessus interdentaires, substances nutritives) est utilement contrebalancée par de puissants moyens défensifs. Ceux-ci sont constitués surtout par la phagocytose ainsi qu'en témoigne la richesse des réseaux et relais lymphatiques buccaux et péri-buccaux, puis par la salive, par le balayage actif de la cavité buccale au moment de la mastication et de la parole, par l'antagonisme des différentes espèces microbiennes, par les soins d'hygiène buccale.

Or les principaux de ces éléments, qui maintiennent l'équilibre biologique du milieu buccal, sont sous la dépendance directe de l'état général ; ils ne sont donc agissants que si l'équilibre biologique général qui constitue l'état de santé est sauvegardé. A l'état de maladie au contraire les réactions de défense de l'organisme se trouvent affaiblies ; en même temps la diminution de

la salive, la diète lactée souvent imposée au cours d'une pyrexie créent des conditions locales défavorables pour la défense biologique. Il en résulte que la virulence des microorganismes se trouve exaltée, ce qui détermine en définitive des lésions plus ou moins importantes de la muqueuse buccale.

Quant aux lésions primitives de l'articulation alveolo-dentaire, leur étiologie et leur pathogénie sont encore incomplètement élucidées. L'on admet généralement que les causes générales prédisposantes jouent ici un rôle primordial ; elles créent des conditions de terrain indispensables à l'éclosion et au développement de la maladie. Certaines maladies infectieuses (syphilis), dystrophiques (diabète, goutte) ou nerveuses (tabes) ; certaines diathèses (arthritisme ou neuro-arthritisme) sont le plus souvent relevées dans l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire.

Telles sont en peu de mots les différentes modalités suivant lesquelles l'état général marque son influence sur l'état bucco dentaire.

Voici maintenant résumées par Cruet toutes les affections susceptibles de s'accompagner de manifestations pathologiques bucco-dentaires.

Intoxications	{	Hydrargyrisme
	{	Phosphorisme
	{	Saturnisme
	{	Alcoolisme

Maladies infectieuses	Aigues	{ Fièvre typhoïde Grippe Fièvres éruptives Diphtérie Erysipèle	{ Scarlatine Rougeole Variole
	Chroniques	{ Maladies vénériennes Tuberculose	

Dystrophies et Dyserasies	{ Diabète Albuminurie et urémie Rhumatisme Goutte Chlorose et anémie Scorbut Purpura Tabès	

Diathèses } Arthritisme

CHAPITRE I

Les maladies infectieuses aiguës

On a remarqué de tous les temps que les affections générales comme la Fièvre Typhoïde, les fièvres éruptives et toutes celles dont l'évolution dure un certain temps ont une influence parfois désastreuse sur les dents. Déjà nous avons montré que ces maladies par les troubles de la nutrition générale auxquelles elles donnent lieu abaissent le coefficient de résistance ; elles ne sont pas moins nuisibles par les modifications qu'elles impriment au milieu buccal. La diminution de la sécrétion salivaire pendant la fièvre qui se manifeste par la sécheresse de la bouche, l'exagération de la desquamation épithéliale dont les produits mélangés au mucus forment en se desséchant les fuliginosités, l'inaction de la bouche, conséquence de la diète et l'emploi de médicaments qui contiennent presque toujours du sirop ou du sucre expliquent suffisamment l'acidité du milieu buccal pendant les maladies fébriles. On comprend également que les dents antéro-supérieures qui se recouvrent plus particulièrement de l'enduit fuligineux desséché soient si

souvent le siège de caries en plaques n'intéressant encore que la couche d'émail dans les cas les plus heureux, mais entament souvent plus ou moins profondément l'ivoire.

Chacune de ces maladies peut se manifester d'une façon différente. Ainsi la scarlatine entraîne une acidité de la salive qui peut provoquer une éclosion de caries ou une gingivo-stomatite nécrosante. Elle peut altérer les bourgeons dentaires et être secondairement la cause de dystrophies.

La rougeole se complique très souvent de noma. La typhoïde donne très souvent des complications dentaires qui restent banales. On a signalé dans la grippe des pulpites pouvant se compliquer d'osteomyélite ; accidents inflammatoires au cours desquels il a été possible d'isoler le bacille de Pfeiffer. On a soutenu que les manifestations buccales de la grippe étaient de nature spécifique. Mais d'après Lebeduisky, les lésions buccales de la grippe ne possèdent aucune spécificité et sont dues généralement à l'action du polymicrobisme buccal. Les manifestations buccales de la grippe peuvent être de deux sortes : ou bien ces manifestations apparaissent dans la période de convalescence de la grippe et constituent une complication banale, une surinfection polymicrobienne greffée sur un terrain débilité, privé de son équilibre biologique ; ou bien les manifestations buccales apparaissent dans la période d'incubation de la grippe à titre d'épiphénomène et dans ce cas encore

l'infection buccale ne serait pas due à un microbe spécifique mais elle serait la résultante d'une association microbienne.

La diphtérie s'étend quelquefois à la bouche. Le rhumatisme articulaire aigu est souvent responsable de douleurs brusques spontanées dues à la périodontite. Le paludisme crée des odontalgies et névralgies trigéminales qui cèdent bien à la quinine.

On doit donc pendant la phase aiguë d'une maladie infectieuse porter toute l'attention sur la cavité buccale et prescrire des soins d'hygiène minutieux : brossages et savonnages répétés des dents et des gencives, lavages alcalins ou antiseptiques de la cavité buccale, râclage de la langue. C'est souvent autour du collet des dents garni de tartre, ou au voisinage de racines infectées qu'apparaîtront les premiers signes de gingivite ; on doit veiller donc tout particulièrement au nettoyage de ces régions et on procédera au besoin à l'ablation des concrétions tartriques et des débris radiculaires.

Plus tard, au moment de la convalescence, il faut surveiller les dents avec le plus grand soin et on pourra ainsi décéler dès leur début les caries blanches et multiples qui traduisent leur décalcification.

Ces lésions constituent en quelque sorte des séquelles dentaires ; elles doivent être dépistées et combattues au même titre que les séquelles rénales, cardiaques ou hépatiques. C'est dans ce but qu'a été préconisée la

médication récalcifiante (Ferrier, Sergent) dont voici les éléments :

Deux des cachets suivants seront ingérés chaque jour, au début des principaux repas :

Phosphate tricalcique.....	o gr. 50
Carbonate de chaux.....	o gr. 30
Chlorure de sodium.....	o gr. 15
Magnésie calcinée.....	o gr. 10

Suivant les conseils de Sergent on doit prescrire en même temps, chaque jour, dix à quinze gouttes de solution d'adrénaline au millième. On connaît en effet l'action favorable de ce médicament sur la rétention des sels de chaux dans l'organisme.

Un régime alimentaire approprié doit compléter cette médication et sera basé sur la suppression de tous les aliments et boissons acides, ou susceptibles de subir dans le tube digestif des fermentations acides. Il faut s'opposer en effet à l'hyperacidité des milieux organiques qui a pour conséquence la dissolution et l'élimination des sels de chaux. C'est à ce titre que seront interdites les boissons acides : vins, cidres, bières ; les aliments acides : oseille, tomates, salades ; les fruits acides : citrons, oranges, confitures acides ; en enfin les graisses : beurre, lait, fromages forts qui se transforment dans l'intestin en acides lactiques et butyriques.

Par contre, toutes les viandes maigres, tous les légumes, surtout les farineux (lentilles, pois, haricots); les

œufs sous toutes les formes ; les dattes, les bananes, les fruits cuits sont permis. Il ne faudra user de pain qu'avec modération (200 gr. par jour). Il faut prescrire enfin comme eau de boisson, l'eau de Pougues qui est bicarbonatée calcique.

CHAPITRE II

Les maladies infectieuses chroniques

La syphilis, en tant que maladie générale, peut avoir des manifestations bucco dentaires dans la période secondaire et tertiaire et dans la syphilis héréditaire. Les manifestations secondaires se traduisent par des syphilides et il est certain que les irritations locales favorisent l'apparition de ces syphilides. Dans une bouche saine non irritée il n'y aura pas de plaques muqueuses ou, du moins, elles seront extrêmement discrètes et revêtiront la forme la plus simple des syphilides muqueuses, à savoir le type érythémateux : une simple tache rouge de la muqueuse sans même qu'il y ait ulcération. Mais si la muqueuse est irritée chroniquement, soit par l'alcool, soit par le tabac, les syphilides vont survenir en quantité parfois considérable et elles revêtiront des types beaucoup plus hypertrophiques : ce sera le type papuleux-érosif, papuleux hypertrophique. Lorsqu'il existera dans un point de la cavité buccale une lésion préalable importante telle qu'une irritation par une racine ou par le

rebord d'une dent cariée, ou une inflammation autour d'un capuchon de dent de sagesse, les syphilides s'y développeront avec leur minimum d'intensité. C'est là qu'elles vont récidiver d'une façon incessante pendant toute la période secondaire ; c'est là que du fait des infections secondaires elles vont revêtir des formes particulièrement hypertrophiques.

Cependant, l'organisme va, peu à peu, dominer l'infection ; le pouvoir offensif du tréponème va s'affaiblir puis disparaître et bientôt le malade semblera complètement guéri. La période secondaire est terminée et un entr'acte commence qui va durer un temps illimité.

Puis 5, 10, 15 ans après vont apparaître les manifestations tertiaires. On peut affirmer que les lésions tertiaires apparaîtront toujours dans le tissu, dans l'organe, dans la région où la vie organique est modifiée soit du fait d'un surtravail fonctionnel, soit du fait d'une irritation ou d'une inflammation chronique.

Dans la cavité buccale ce n'est pas le surtravail fonctionnel mais les irritations chroniques qui sont la cause localisatrice des manifestations tertiaires, car elles entraînent les mêmes conséquences : à savoir une congestion latente. Or dans l'histoire de la syphilis ou plutôt dans l'histoire de son traitement, il est un fait clinique qui montre, d'une façon quasi expérimentale, que les régions irritées constituent de véritables voies d'appel pour les corps étrangers circulant dans le sang. Je veux

parler du liseré et des taches pigmentaires dans la stomatite bismutique.

Millian et Perrier ont, en effet, montré par la biopsie que la pigmentation était due à la pénétration par voie sanguine dans le derme de parcelles bismutiques ; ces parcelles dessinent le trajet des arborescences capillaires et sont prédominantes au confluent des capillaires artériels et veineux.

Or où trouvons-nous le liséré dans la stomatite bismutique ? Nous les trouvons toujours autour des dents encroûtées de tartre ; dans les points où la muqueuse est irritée par une couronne ou par un bridge ; le long des culs-de-sac pyorrhéiques, c'est-à-dire partout où il y a une irritation gingivale et jamais autour d'une dent saine et sans tartre. Quant aux taches, on les trouve sur la muqueuse de la joue, au niveau de l'interligne dentaire ; à la face postérieure de la muqueuse labiale, à l'endroit où, très souvent, un enduit de tartre vient frotter contre elle ; sur les bords de la langue où existe également un frottement contre les dents. D'après Rousseau Decelle ce qui arrive pour les parcelles impalpables de bismuth, arriverait aussi pour les tréponèmes ou leur virus qui sont, eux aussi, des corps étrangers véhiculés dans le sang.

Du reste la clinique est là pour nous montrer que ces accidents tertiaires surviennent presque toujours là où existe une irritation locale ; ces irritations sont excessivement variées : irritation par le tartre, irritation par les

racines, par des rebords de carie, irritations par des arthrites chroniques fistulisées, par des osteo-périostites anciennes, par des hystes radiculaires, irritations par des appareils de prothèse qui sont insuffisamment ajustés et qui viennent frotter constamment contre la muqueuse, irritations par les suctions de caoutchouc dont sont très souvent munis les appareils de prothèse, irritations par une dent de sagesse. Ces irritations engendrent et entretiennent une congestion des tissus particulièrement propre à fixer le tréponème ou son virus.

Quelquefois ce n'est pas une irritation chronique que l'on rencontre à l'origine des manifestations tertiaires mais un traumatisme plus brutal. Ainsi Rousseau Decelle cite l'observation d'une femme qui a fait une gomme du palais trois semaines après le port d'un appareil à ventouse. Dans un rapport fait à la Société de Stomatologie, il y a quelques années, il cite le cas d'une femme qui, ayant reçu un coup de poing dans la région de l'angle du maxillaire, y fit un syphilome quelques semaines plus tard. Par conséquent, irritations aiguës et surtout irritations chroniques jouent un rôle capital dans la localisation des manifestations tertiaires, manifestations qui vont pouvoir frapper n'importe quel point de la cavité buccale et s'y traduire par deux processus : un processus gommeux, qui est un processus d'attaque violent et localisé, qui a une certaine analogie avec le processus d'inflammation aiguë et un processus séleux qui relève au contraire d'une irritation diffuse et modérée.

Quant à la syphilis héréditaire, elle peut se manifester dans la cavité buccale, en dehors des lésions actives, déjà décrites dans la syphilis secondaire et tertiaire, par des lésions dystrophiques à savoir : érosions, dents d'hetchinson, dents en bourse, etc.; lésions bien décrites par Fournier dans son *Traité de la Syphilis Héréditaire*.

Dans la *tuberculose* nous trouvons des phénomènes qui sont superposables en partie à ceux que nous trouvons dans la syphilis, en particulier des gommes dans lesquelles le bacille de Koch a été amené par voie sanguine comme l'a été le tréponème. Les gommes tuberculeuses sont analogues aux gommes syphilitiques sauf que leur évolution est plus lente ; en effet les gommes syphilitiques évoluent en quelques semaines et les gommes tuberculeuses durent des mois et même des années. De même nous trouvons dans la tuberculose des ulcérations de la muqueuse buccale dans lesquelles les bacilles de Koch arrivent quelquefois par voie lymphatique, beaucoup plus souvent par voie sanguine, plus souvent encore par voie trachéale, étant donné que les crachats pullulent de bacilles. On conçoit la facilité avec laquelle ils peuvent faire l'effraction de la muqueuse, à la faveur d'une érosion ou d'une irritation locale, surtout quand il s'agit d'individus dont l'état général est profondément affaibli et dont les défenses naturelles sont totalement déficientes.

Donc, il importe profilactiquement de toujours supprimer ces irritations chroniques, pour éviter aux tuberculeux comme aux syphilitiques, l'apparition d'accidents buccaux.

En dehors de cela on rencontre des caries dentaires par décalcification, si fréquentes dans la tuberculose. L'on a établi d'ailleurs une certaine corrélation entre la décalcification des dents, indice de déminéralisation générale, et l'aptitude à la transformation calcaire du tubercule, mode de guérison habituel de la tuberculose. Il découle de cette notion que le tuberculeux porteur de caries multiples se trouve en état d'infériorité vis-à-vis de l'infection bacillaire ; le pronostic, dans des cas de ce genre, doit donc être particulièrement réservé.

La décalcification des dents chez les tuberculeux sera justiciable du traitement que nous avons signalé et sur lequel nous ne reviendrons pas.

CHAPITRE III

Intoxications

C'est surtout sur la muqueuse buccale que porteront les manifestations des intoxications exogènes quelles qu'elles soient : mercurielles, phosphoriques, etc.

La pathogénie de ces stomatites d'origine toxique est aujourd'hui bien élucidée. Alors qu'autrefois on accordait aux stomatites mercurielles, phosphoriques, saturnines, etc., une certaine spécificité, on considère aujourd'hui que les produits toxiques n'ont d'autre rôle que celui de détruire l'équilibre biologique du milieu buccal, et de déterminer, suivant le mécanisme que nous avons rappelé, l'éclosion d'une stomatite septique banale.

On peut mettre les patients à l'abri de semblables complications en veillant de la façon la plus rigoureuse à l'hygiène de la cavité buccale, toutes les fois qu'ils seront soumis à une cause d'intoxication. C'est ainsi que jamais un traitement mercuriel ne sera institué avant que le tartre dentaire n'ait été gratté ; les racines infec-

tées enlevées, les caries traitées et obturées. De même les travailleurs exposés aux intoxications professionnelles, plomb, bismuth, phosphore, devront recevoir des soins d'hygiène buccale particulièrement minutieux.

CHAPITRE IV

Dystrophies et Dyscrasies

Parmi ces maladies nous allons nous occuper seulement du diabète qui a des manifestations buccales très intéressantes.

Ainsi la carie dentaire se rencontre très souvent comme manifestation buccale du diabète. Elles s'explique par le fait que la salive du diabétique contient beaucoup de sucre qui subit dans la bouche la fermentation lactique. Elle devient donc acide et ses dents subissent les conséquences inévitables. La carie du diabétique est peu douloureuse ; ; les dents s'émiettent par morceaux. On a observé que c'est au niveau de la deuxième molaire que se montre d'abord la carie pour ensuite s'étendre à toutes les dents.

La gingivite expulsive se caractérise au début par de l'ébranlement des dents ; celles-ci semblent comme allongées, puis finalement la chute se produit sans que la dent paraisse en elle-même altérée. Cette chute précoce peut s'étendre à toutes les dents et, quand elle sur-

vient chez des individus jeunes, dans les premières périodes du diabète elle constitue un signe assez caractéristique de la maladie.

Magitot montra que cette chute est due à une inflammation et à une destruction du périoste dentaire qui, partant du collet s'étend progressivement jusqu'à la racine de la dent. La lésion occupe également l'alvéole dont la cavité se remplit de végétations fongueuses. Les gencives ne se prennent que secondairement ; elles s'épaississent, s'infectent, se décolent, puis se couvrent de fongosites, d'abcès et d'ulcérations. Certains auteurs font dépendre la chute des dents d'une véritable atrophie des gencives ; les dents tombent comme dans la vieillesse.

Ces lésions dentaires jouent un rôle dans la marche générale du diabète ; rendant difficile sinon impossible la mastication, elles concourent à l'éclosion de troubles digestifs et ont une certaine part dans l'état de dénutrition de quelques sujets.

On a signalé l'existence d'hémorragies au niveau des gencives avec ulcérations ; ces cas sont rares et se rapportent le plus souvent à une cirrhose du foie surajoutée.

Le traitement préventif de ces affections se confond avec le traitement de la maladie causale.

CHAPITRE V

Grossesse

L'état de puerpéralité donne souvent naissance à toute une série de stomatopathies que l'on peut diviser en trois classes :

Troubles salivaires ;

Affections de la muqueuse buccale ;

Affections dentaires.

Ces dernières se subdivisent elles-mêmes en :

Odontalgies ;

Décalcification indolore des dents ;

Caries dentaires à évolution rapide.

Les troubles salivaires (acidité anormale de la salive, ptyalisme) ont été attribués à l'auto-intoxication gravidique ; mais la terminaison souvent brusque de la sialorrhée ne semble pas pour cette affection justifier cette origine. L'usage de gargarismes alcalins semble indiqué contre l'acidité salivaire ; l'atropine donne des résultats contre le ptyalisme.

Les affections de la muqueuse paraissent avoir pour cause l'état congestif propre à la femme enceinte, mais surtout l'autointoxication gravidique, ce que semble indiquer le liséré rouge des gingivites, analogue au liséré saturnin de Burton. Une mauvaise hygiène buccale favorise l'intensité de ces affections, qui vont de la simple gingivite à la stomatite aiguë. Les gargarismes antiseptiques et astringents donnent seuls quelques résultats ainsi que le traitement par les ferments lactiques.

Les tumeurs peuvent se développer sur la muqueuse buccale et évoluent rapidement pendant la grossesse. Elles disparaissent quelquefois spontanément, mais l'ablation en est le plus souvent nécessaire. Ces affections de la muqueuse sont assez souvent un signe de probabilité de grossesse.

Les odontalgies sont parfois secondaires à des caries et relèvent du traitement de ces dernières, ou sont dites essentielles. Ce sont alors des névralgies essentielles des rameaux dentaires du trijumeau.

La transformation chimique de la salive et sa plus grande richesse en microorganismes pendant la grossesse peut être une cause des nombreuses caries dentaires observées chez les femmes enceintes ; mais le véritable facteur de la fréquence et de la rapidité de ces caries ainsi que de l'effritement des couronnes est la décalcification gravidique.

La grossesse a pour effet d'enlever aux dents une notable proportion de leurs éléments minéraux.

Bon nombre de femmes arrivées jusqu'à leur première grossesse avec un nombre restreint de dents cariées, voient à la suite d'un accouchement, une ou plusieurs dents envahies par la carie. Le fait se renouvelle à chaque grossesse et souvent en s'aggravant. C'est que la femme enceinte qui ne reçoit pas, par une alimentation spéciale, les éléments nécessaires à la formation des différents tissus constituant le fœtus et en particulier le système osseux, pourra à la rigueur supporter une première grossesse. Mais avec des grossesses successives, à force de prendre sur son propre fonds, elle verra son économie périliter et pour ne retenir que ce qui nous touche particulièrement, sa déchéance se traduira par l'apparition de nombreuses caries.

Cette décalcification continue souvent pendant la lactation, et les dents décalcifiées pendant ces deux périodes, grossesse et lactation, ne sont parfois atteintes par la carie que quelques années après l'accouchement.

De toutes les complications buccales de la grossesse, c'est la carie qui est la plus grave en raison des portes qu'elle ouvre pour l'avenir à l'infection générale.

La grossesse crée donc une prédisposition double à la fois intrinsèque et extrinsèque à laquelle cependant nous pouvons heureusement opposer les ressources très efficaces d'une hygiène appropriée.

Il faut combattre cette décalcification par un régime approprié (lait, œufs, légumes) et par l'absorption de sels de chaux suivant la méthode que nous avons montré plus haut.

Au point de vue local, comment traiter la carie ? Il faut combattre d'abord l'acidité salivaire par des lavages alcalins ; l'hygiène buccale devra être très soigneuse ; toute cause de fermentation devra être sévèrement évitée ; brossage des dents matin et soir et se rincer la bouche après les repas. Si la femme boit beaucoup de lait, elle devra se rincer la bouche ou absorber un demi verre d'eau après l'absorption du lait.

Il faudrait que sitôt certaine de sa grossesse, une femme fit soigneusement examiner sa bouche.

Tout petit point de carie pouvant ainsi être traité de suite et éviter de devenir rapidement une carie plus grave.

Cet examen de la bouche devra être répété plusieurs fois pendant la gestation.

De cette façon de légères caries de l'émail décelées à temps seront soignées de suite, et la récalcification pourra s'opérer sans que les microorganismes aient atteint l'ivoire.

Si la carie a déjà atteint l'ivoire, il faut faire le traitement habituel dans la mesure du possible, car la fraise rencontre le plus souvent un tissu ramolli et l'on ne sait où s'arrêter.

Par mesure de prudence, il est préférable de faire seulement une obturation provisoire qui pourra être

vérifiée une fois l'état de grossesse et de lactation passé.

Si une dent ne peut être soignée, il faut l'extraire. On a longtemps soutenu que l'on devait s'abstenir de faire l'extraction chez les femmes enceintes.

On fait aujourd'hui d'autres opérations plus graves sur des femmes en état de grossesse, et à moins, peut-être, de se trouver en présence de femmes sujettes aux avortements, ou d'hémophiles, nous ne voyons point de contre indication.

CONCLUSIONS

1) Les maladies infectieuses aiguës à la période d'état stimulent la virulence des microorganismes buccaux. Les gingivo stomatites seront donc particulièrement à craindre à cette période. Plus tard à la période de l'effervescence de la pyrexie et aussi pendant la convalescence, ce que l'on devra redouter ce seront plus particulièrement les polycaries dentaires dues à la décalcification des dents. Des soins d'hygiène buccale seront donc particulièrement indiqués, ainsi qu'un régime récalcifiant.

2) Dans les maladies infectieuses chroniques, comme la syphilis et la tuberculose, les manifestations buccales sont très fréquentes et sont favorisées par des irritations chroniques et par une mauvaise hygiène buccale. Il importe donc d'imposer une hygiène buccale sévère aux syphilitiques et aux tuberculeux et de toujours supprimer les causes d'irritations chroniques afin de leur éviter l'apparition d'accidents buccaux.

3) Les dystrophies et les dyschrasies peuvent jouer un certain rôle dans l'éclosion des gingivo-stomatites ou des caries. C'est ainsi que dans le diabète que nous avons

pris comme exemple on rencontre très souvent des caries et la gingivite-expulsive, affections souvent révélatrice d'un diabète méconnu, et découvert par le médecin stomatologiste. Leur traitement relève du traitement de la maladie causale.

4) Certains états physiologiques enfin, comme la grossesse retentissent nettement sur l'éclosion de la carie dentaire ou sur les affections de la muqueuse buccale. La déminéralisation qui est la conséquence de la grossesse entraîne la décalcification des dents et les prédispose ainsi à la carie.

De ce fait nous concluons que l'état bucco-dentaire des femmes enceintes doit être minutieusement surveillé.

Les caries dentaires qui évoluent ici avec la plus grande rapidité doivent être soignées dès leur début. Et à titre préventif il faut prescrire aux femmes en état de gestation un traitement récalcifiant.

Vu : *Le Président de Thèse,*

L. TANON.

Vu : *Le Doyen,*

BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNAJO SANDOVAL. — *Etat des dents dans les maladies générales.*
- LEVÊQUE. — *Quelques complications bucco-dentaires d'origine grippale.* Thèse de Paris 1905.
- MONIER (Léon). — *Contributions à l'étude pathogénique des infections dentaires.* Thèse de Paris 1904.
- CRUET. — *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche.*
- LEBÉDUISKY. — *Le milieu buccal et son équilibre biologique.* Archives de Stomatologie 1901-1902.
- FREY. — *Le terrain en odontologie. Son influence dans l'étiologie de la carie dentaire.* Odontologie 15 janvier 1904.
- IUERIN. — *Contributions à l'étude clinique de la bouche dans la rougeole.* Thèse de Paris 1904.
- FOURNIEI L. — *Traité sur la syphilis héréditaire.*
- RATHERY F. — *Le diabète sucré.*
- ELY (Emile-Alexandre). — *Affections stomato dentaires d'origine gravidique.* Thèse de Paris 1908.
- RÉAL (Pierre). — *Stomatologie du médecin praticien.*



